



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 27.372

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	07 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
METRO JUNIOR'S SAS - SST			METRO JUNIOR'S SAS			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
DORA MARCELA RINCON BALLESTEROS			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	42 AÑOS 8 MESES 9 DÍAS	CC	52821672
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo MONITORA						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA						
Observaciones: NO APLICA						
APTO	OSTEOMUSCULAR					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
Examen Médico Físico Músculo-esquelético de Ingreso <input checked="" type="checkbox"/>						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO HACER DEPORTE NO FUMAR DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 DORIS C. GARCIA MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Res. 8735 DE 14/07/2023			 DORIS C. GARCIA MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Res. 8735 DE 14/07/2023			
Firma: _____			Firma: <i>M. C. R.</i>			
Nombre: CC: 51812387 - DORIS CECILIA GARCIA			Nombre: DORA MARCELA RINCON BALLESTEROS			
R. M.: 51812387			CC: 52821672			
L.S.O.: RES. 8735 DE 14/07/2023			Código de Seguridad K1351Q1W27372			